Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gentile paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

**GIUSTIFICAZIONE ALL’ESAME**

In accordo alla LG UE Radiation Protection n.172, risulta giustificato ricorrere all’impiego della CBCT in uso presso questa Struttura Sanitaria: Gendex - Gdxdp c700 e/o Sirona Orthophos xg3 con impiego di ampio/piccolo volume al fine di esaminare la densità ossea e valutare eventuali trattamenti riabilitativi.

**DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA**

La TC volumetrica con tecnologia “Cone Bean” è una particolare apparecchiatura per tomografia computerizzata a raggi X dedicata alle applicazioni odontoiatriche. Essa è caratterizzata dall’acquisizione dell’immagine tridimensionale del volume da indagare con un’unica rotazione del complesso sorgente radiogena-rivelatore, grazie alle elevate dimensioni del rivelatore.

**QUALITA’ TECNOLOGICA E RISCHI DI ESPOSIZIONE**

La TC volumetrica con tecnologia “Cone Bean”, grazie alla maggiore capacità di risoluzione spaziale dei rivelatori utilizzati e all’elevato contrasto intrinseco delle strutture ossee, consente di ottenere immagini di buona qualità con dosi di radiazioni assorbite inferiori di 5-20 volte a quelle somministrate abitualmente da apparecchiature TC tradizionali. Poiché nessuna dose da radiazioni è trascurabile a priori, La informo che ogni esame radiologico con impiego di raggi X espone il paziente al rischio stocastico di possibili lesioni future.

Le lesioni possono essere di tipo ereditario o somatico o possono insorgere anche dopo molto tempo dall’effettuazione dell’esame.

Al fine di ottimizzare l’impiego dell’apparecchiatura, La informo che il personale addetto al suo impiego è adeguatamente formato nel rispetto dell’art. 7, comma 8, del D.lgs 187/00 e che l’apparecchio è sottoposto periodicamente ai controlli di qualità ed è conforme alle norme di buona tecnica.

**STIMA DELLA DOSE**

Il parametro di dose che viene indicato è la DOSE EFFICACE, che rappresenta una stima della dose rapportata all’intero organismo, in quanto è la somma delle dosi equivalenti ponderate nei tessuti ed organi del corpo causate da irradiazioni interne ed esterne.

Il valore di dose efficace assorbita per un esame CBCT è mediamente di circa 80 μSV, che corrisponde alla dose efficace assorbibile con l’effettuazione di circa 9 esami endorali o alla dose assorbita in circa 8 giorni di esposizione al fondo di radiazione naturale (raggi cosmici etc.). Tali valori di dose sono di gran lunga inferiori rispetto alle dosi efficaci assorbibili con esame CT che fornisce le stesse informazioni diagnostiche ricavabili con esame CBCT.

Quanto sopra è in linea con la Tabella della IAEA riportata nelle Raccomandazioni per l'impiego corretto delle apparecchiature TC Volumetriche Cone Beam (GU Serie Generale n. 124, maggio 2010):

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo di esame dentale | Dose Efficace µSv |
| Esame CBCT (per i piccoli volumi dentoalveolari) | 34-652 |
| Esame CBCT (per i grandi volumi dentoalveolari) | 30-1079 |

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO**

Il consenso informato all’esecuzione di CBCT è previsto espressamente dalle Raccomandazioni per l’impiego corretto delle apparecchiature TC volumetriche “Cone Bean” del Ministero della Salute, pubblicate in G.U. Serie Generale n. 124 del 29/05/2010.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARO**

* di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura della procedura diagnostica con impiego di apparecchiatura TC volumetrica Cone Bean;
* di aver acquisito consapevolezza riguardo ai rischi ed alle complicanze che ne potrebbero derivare;
* di non essere in stato di gravidanza;

Presto pertanto il mio assenso all’esecuzione delle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

La/Il Paziente o chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dr./Dott.ssa

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_